

1. Dátum nehody	Hodina	2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát)	3. Vyšetované políciou <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Zranení <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

**Vozidlo A**

6. Držiteľ (meno, adresa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno  nie

**Vozidlo B**

6. Držiteľ (meno, adresa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno  nie

7. Vozidlo  
Typ-značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.  
\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poistky \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platí do: \_\_\_\_\_  
Platnosť zelenej karty

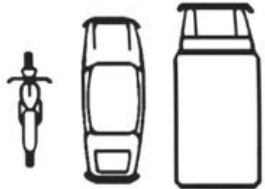
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  
 áno  nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_ Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu označte šípku



11. Viditeľné poškodenie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Poznámky

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A  áno  nie

Vodič vozidla B  áno  nie

Spolučina  áno  nie

Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

12. Vyznačte

<input type="checkbox"/>	1	Vozidlo stálo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	Vozidlo sa pohýnalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	Vozidlo zastavovalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	Vozidlo išlo po kruhovom objazde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	Vozidlo išlo súbežne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	Vozidlo predchádzalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	Vozidlo odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	Vozidlo odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	Vozidlo cúvalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	Vozidlo prešlo do protismeru	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	Vozidlo prišlo sprava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	Vozidlo nedalo prednosť v jazde	<input type="checkbox"/>

(Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)

12. Počet vyznačených polí

7. Vozidlo  
Typ-značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.  
\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poistky \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platí do: \_\_\_\_\_  
Platnosť zelenej karty

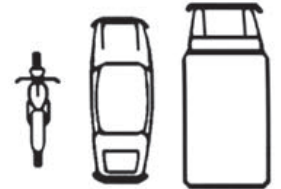
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  
 áno  nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_ Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu označte šípku



11. Viditeľné poškodenie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Poznámky

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A  áno  nie

Vodič vozidla B  áno  nie

Spolučina  áno  nie

Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

16. Podpis vodičov

A \_\_\_\_\_

B \_\_\_\_\_



**Tlačivo:**

- je určené na zaznamenanie základných údajov o dopravnej nehode,
- poslúži ako jeden z podkladov pre likvidáciu poistnej udalosti príslušným poisťovateľom,
- zodpovedá modelu vytvorenému Comité Européen des Assurances (CEA),
- uložte, prosím, vo Vašom vozidle tak, aby ste ho mali v potrebnej chvíli k dispozícii.

**Ako vyplniť tlačivo „Správa o nehode“**

- Použite len jednu sadu tlačív pre 2 zúčastnené vozidlá (dve sady pre 3 zúčastnené vozidlá, atď.). Sada tlačív pozostáva zo 4 listov, 2 slovenských, 1 anglického a 1 nemeckého. Cudzojazyčné verzie sú určené pre zahraničných účastníkov nehody, ale môžete ich použiť aj pri domácich nehodách.
- Nie je dôležité, kto tlačivo dodá a vyplní. Použite prepisovacie pero a dbajte na to, aby boli čitateľné aj kópie.
- Vyplňte všetky body tlačiva.
- Pri vypisovaní správy o nehode dávajte okrem iného pozor na nasledujúce upozornenia:
  - v bode 12 vyznačte krížikom pre Vaše vozidlo príslušné polia a na konci uveďte počet Vami označených polí,
  - v bode 13 vyhotovte nákres nehody,
  - uveďte prípadných svedkov nehody, ich mená a adresy a to predovšetkým v prípade, ak sa Váš názor líši od názoru ostatných účastníkov nehody.
- Podpíšte správu o nehode a dajte ju podpísať aj ďalšiemu účastníkovi nehody. Jeden exemplár mu odovzdajte a ponechajte si druhý.
- Ak má druhý účastník nehody vlastné tlačivo „Správa o nehode“, ale v inom jazyku, sú tieto tlačivá rovnaké s Vašimi.
- Môžete si preto obsah bod po bode na základe vlastného tlačiva preložiť. Z toho dôvodu sú jednotlivé body očíslované.
- Nemeňte dodatočne údaje na tlačive „Správa o nehode“. Tlačivo urýchlene odovzdajte príslušnému poisťovateľovi.

# Agreed statement of facts on motor vehicle accident

Must be signed by both drivers

1. Date of accident	Time	2. Place (street, N° of house, road kilometer, city, country)	3. Investigated by police yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Other than car damages A and B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	5. Witnesses (underline the follow-travelers)		Injuries yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**Vehicle A**

6. Owner (Name and address)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone (9 a.m. - 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T.      yes       no

**Vehicle B**

6. Owner (Name and address)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone (9 a.m. - 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T.      yes       no

7. Vehicle  
Type - Mark \_\_\_\_\_  
Registration No. \_\_\_\_\_

8. Third-party liability insurer  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Policy No. \_\_\_\_\_  
Green Card No. \_\_\_\_\_

(For foreigners only) | valid until \_\_\_\_\_  
Green Card

Is the damage to the vehicle insured?  
yes  no

In which Insurance Comp.? \_\_\_\_\_

12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan

<input type="checkbox"/>	1	The car was parked	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	starting to ride	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	stopping	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	entering the road	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	leaving the road	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	circulating in a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	changing lanes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	overtaking	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	turning to the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	turning to the left	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	reversing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	encroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	coming from the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	not observing a right of way sign	<input type="checkbox"/>
		Total number of spaces marked with a cross	<input type="checkbox"/>

7. Vehicle  
Type - Mark \_\_\_\_\_  
Registration No. \_\_\_\_\_

8. Third-party liability insurer  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Policy No. \_\_\_\_\_  
Green Card No. \_\_\_\_\_

(For foreigners only) | valid until \_\_\_\_\_  
Green Card

Is the damage to the vehicle insured?  
yes  no

In which Insurance Comp.? \_\_\_\_\_

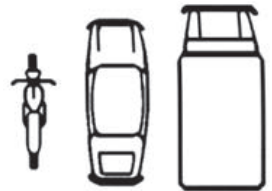
9. Driver  
Name \_\_\_\_\_  
Surname \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Driving license No. \_\_\_\_\_  
Groups \_\_\_\_\_ Issued by \_\_\_\_\_

Valid from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(for bus, taxi etc.)

9. Driver  
Name \_\_\_\_\_  
Surname \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Driving license No. \_\_\_\_\_  
Groups \_\_\_\_\_ Issued by \_\_\_\_\_

Valid from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(for bus, taxi etc.)

10. Indicate by an arrow the point of initial impact



10. Indicate by an arrow the point of initial impact



11. Visible damage  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Visible damage  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Remarks  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Remarks  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Accident caused by

Vehicle driver A      yes       no

Vehicle driver B      yes       no

Common fault      yes       no

Other (name, address) \_\_\_\_\_

16. Signatures of the participants

A      B

.....      .....

15. Accident caused by

Vehicle driver A      yes       no

Vehicle driver B      yes       no

Common fault      yes       no

Other (name, address) \_\_\_\_\_

